

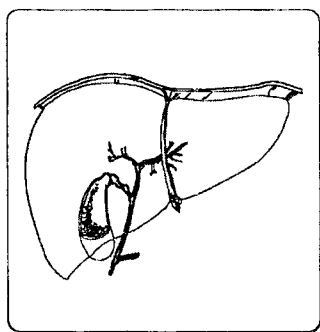
явлены такие инфекционные агенты, как *Toxoplasma gondii*, Epstein-Barr virus, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*. Использование ПЦР поднимает уровень диагностики: в одной пробе можно проводить индикацию широкого спектра возбудителей, при этом ускоряется время исследований и выдача ответа по сравнению с применяемыми ранее культуральными методами. Выявленных возбудителей при соответствующих морфологических признаках инфекционных и диспластических процессов можно оценивать как этиологический фактор заболевания, вызвавшего потерю плода и младенца. Возможно, что происхождение врожденных пороков и тканевых дисплазий бронхолегочной системы у живых детей, являющихся основой развития хронических воспалительных про-

цессов в легких, также обусловлено внутриутробными инфекциями.

Л и т е р а т у р а

1. Розина Н.Н. // Мат-лы III Российского конгресса "Современные технологии в педиатрии и детской хирургии". М., 2004. С. 301-305.
2. Тератология человека. / Под ред. Г.И. Лазюка М.: Медицина, 1979. 480 с.
3. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. СПб.: Элби, 2002. 352 с.
4. Черствой Е.Д., Кравцова Т.Н., Лазюк Г.И. и др. Болезни плода, новорожденного и ребенка. Минск, 1996. 512 с.

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований.



УДК 618.33 + 616.366 - 003.7 - 055.26

Н.А. Колпаков

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет,
г. Санкт-Петербург; Дальневосточный государственный медицинский
университет, г. Хабаровск*

По данным литературы, от 35 до 67% молодых женщин, страдающих желчно-каменной болезнью (ЖКБ), связывают начало заболевания с беременностью или ближайшим послеродовым периодом [1, 3-7]. Рядом научных работ доказано повышение литогенности желчи и насыщение ее холестерином в течение беременности и в ближайшем послеродовом периоде [3, 4, 6]. Функциональные нарушения сократимости желчного пузыря по типу гипокинезии наблюдаются у 50-70% беременных женщин, а также у женщин, длительно применяющих гормональные контрацептивы [4, 6, 7].

Целью исследования явилось изучение влияния фактора беременности на частоту развития ЖКБ у женщин молодого возраста (16-35 лет).

Характеристика больных и методов исследования

У 287 молодых женщин, находившихся на лечении по поводу ЖКБ, выявлено наличие беременностей и их возможная клиническая взаимосвязь с развитием ЖКБ. Для оценки этиологической роли беременности в развитии ЖКБ обследовано 100 беременных женщин в возрасте от 18 до 35 лет в третьем триместре. Для репрезентативно-

сти исследования проводили сплошное текущее наблюдение в интервале времени 2 мес. Обследование включало анамнез, учет клинических и биохимических данных, ультразвуковое исследование органов (УЗИ) гепатобилиопанкреатодуоденальной системы (ГПДС), в 14 наблюдениях — с оценкой сократимости желчного пузыря после пищевой стимуляции. УЗИ входило в диагностическую программу акушерского профиля и проведено у всех 100 беременных женщин. Сканирование выполнялось мультивизором ADR-2000 (США) с линейным эхондом в 3.5 мГц. Контрольную группу в исследовании составили 106 молодых практически здоровых женщин.

Изучен биоминералогический состав и кристаллографическая структура строения желчных конкрементов у 45 молодых женщин, связывающих начало заболевания с беременностью и послеродовым периодом. Исследование проводили посредством микроскопии прозрачных тонкослойных шлифов камней. Толщина шлифов конкрементов равнялась 0,03 мм. Изготовление шлифов и трактовка биоминералогического состава проводилась

с консультативной помощью специалистов Санкт-Петербургского горного института и кафедры палеонтологии Санкт-Петербургского государственного университета. Для обоснованной трактовки механизмов литогенеза исследование включало не только кристаллохимический анализ конкрементов, но и клиническое течение заболевания, наличие морфологических и метаболических изменений гепатобилиарной системы, а также других органов и систем организма.

Результаты и обсуждение

Из 287 молодых женщин, находившихся на лечении по поводу ЖКБ, 252 женщины (87,8%) имели беременности, роды, аборт от 1 и более, из них 86 женщин (34%) связывали появление первых клинических признаков холецистита с беременностью или ранним послеродовым периодом. Одни роды были у 46,5% больных, 2 родов — у 50,2%, 3 родов и более — у 3,3% женщин. У одной больной в возрасте 31 г. (гражданки Йемена), оперированной нами по поводу хронического калькулезного холецистита, 8 беременностей завершились нормальными родами. Появление клиники калькулезного холецистита в ближайшем послеродовом периоде наблюдалось у 52 женщин (20,5%), причем в ряде случаев болевые приступы провоцировались при кормлении ребенка грудью. У 34 женщин (13,5%) клиника заболевания появилась во время беременности, наиболее часто в ее 3 триместре. Нами отмечено, что ЖКБ, проявившая себя во время беременности или раннем послеродовом периоде, часто имеет осложненную форму течения заболевания — 37,2%. У 12 женщин с разными сроками беременности, оперированных нами по экстренным показаниям, поводом для операции послужили: у 5 больных — эмпиема желчного пузыря, у 2 больных — флегмонозный холецистит в сочетании с острым панкреатитом, у 5 больных — калькулезный холецистит в сочетании с холедохолитиазом и явлениями механической желтухи.

Из 100 обследованных беременных женщин хронический калькулезный холецистит в анамнезе был у 2 больных, бескаменный холецистит — у 8 больных. У 26% беременных периодически наблюдались эпизоды болей или дискомфорт в верхних отделах живота. Конкременты в желчном пузыре выявлены у 12 беременных женщин, из них у 10 чел. (10%) впервые. В возрасте от 18 до 25 лет были 5 женщин, от 26 до 35 лет — 7 женщин. Во всех наблюдениях конкременты были множественные и имели пузырную локализацию, у 9 беременных мелкие, диаметром не более 3–5 мм, что косвенно свидетельствовало о их непосредственном формировании в течение беременности. Из 8 женщин с клиническими проявлениями холецистита в анамнезе до беременности, представляющих группу риска, конкременты в желчном пузыре на период обследования выявлены только у 2 женщин, что доказывает сложный многофакторный характер литогенеза при ЖКБ. Однако при

Резюме

У 287 молодых женщин с желчно-каменной болезнью (ЖКБ) выявлено наличие клинической взаимосвязи возникновения заболевания с беременностью и послеродовым периодом. Обследовано 100 беременных женщин в 3 триместре (возраст от 18 до 35 лет). Изучен биоминералогический состав желчных конкрементов у 45 молодых женщин, связывающих начало заболевания с беременностью и послеродовым периодом. Установлено, что 34% молодых женщин отмечают появление клиники ЖКБ при беременности и в послеродовом периоде. ЖКБ выявляется у 10% беременных женщин. У 71% молодых женщин исследуемой группы больных наблюдаются желчные конкременты холатохолестериновой структуры.

N.A. Kolpakov

PREGNANCY AND CHOLELITHIASIS

*The St.- Petersburg State Medical University,
Far East Medical University, Khabarovsk*

Summary

We have found out clinical association between cholelithiasis, pregnancy and after delivery period in 287 women with cholelithiasis. 100 women were examined in the third trimester (age ranging from 18 to 35). We have studied biomineralogical content of bile concretions in 45 young women who associated the onset of the disease with pregnancy and after delivery period. 34% of young women noted the appearance of cholelithiasis symptoms in pregnancy and after delivery. Cholelithiasis is diagnosed in 10% of pregnant women. In 71% of women of the group under study bile concretions of cholatocholesterol structure have been revealed.

подсчете случаев развития ЖКБ у группы беременных с отсутствием в анамнезе "синдрома правого подреберья" (90 пациенток) ЖКБ выявлена у 8 женщин (8,9%), тогда как в группе риска (8 пациенток) — у 2 (25%), практически в 2,8 раза чаще. У 2 пациенток наличие конкрементов в желчном пузыре установлено до беременности. У 14 беременных женщин (14%) выявлена выраженная атония желчного пузыря с присутствием в нем густой концентрированной желчи, продуцирующей низкоамплитудное эхо. Подобную взвесь в англоязычной литературе обычно обозначают термином "Sludge". У лиц с высоким индексом литогенности желчи и быстрой нуклеацией Sludge (сладж), представляющий гель из жидких лецитинхолестериновых кристаллов и муцина, может превратиться в желчные конкременты.

После пищевой стимуляции (яичный желток) и оценке сократимости желчного пузыря, при повторном осмотре с экспозицией времени через 30 и 60 мин, объем пузыря у данной группы беременных женщин уменьшился незначительно. Средняя величина базального объема составила $88,0 \pm 2,4$ мл (при норме 20–40 мл).

В контрольной группе, состоящей из 106 практически здоровых молодых женщин, ЖКБ выявлена у 2 женщин (1,9%).

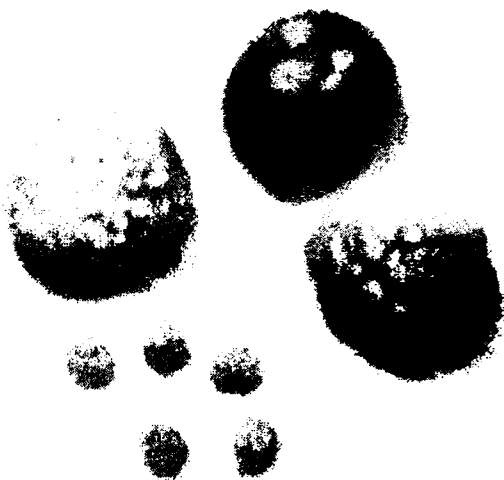


Рис. 1. Внешний вид холатохолестериновых желчных конкрементов

Таким образом, по-видимому, одним из факторов холелитогенеза у молодых женщин является беременность.

При изучении тонкослойных шлифов желчных конкрементов у 45 молодых женщин, связывающих начало заболевания с беременностью или послеродовым периодом, в 32 (71%) наблюдениях выявлены холатохолестериновые конкременты, что послужило поводом для их детального изучения. У 5 пациенток (11,2%) наблюдались чисто холестериновые камни, у 8 (17,8%) — смешанные (белково-холестериновые). Конкрементов пигментной структуры у данной группы больных не выявлено.

Холатохолестериновые конкременты имеют округлую форму, светлых тонов, как правило, множественные (причем их число тем больше, чем меньше их диаметр), размеры от 2-3 мм до 1-2 см; характерной чертой является поверхность конкрементов в форме мелких полусфер, напоминающая по внешнему виду "тутовую ягоду" (рис. 1). При микроскопии шлифов конкрементов (рис. 2) центральная часть представлена кристаллами холестерина, вокруг которых концентрически-зонально расположены структуры неорганической природы. Неорганические включения представлены большим количеством холатов с преобладанием дезоксихолевого магния. Присутствие достаточного количества кристаллизованных солей желчных кислот в конкрементах предопределяет и их название холатохолестериновые. Большинство авторов данный вид конкрементов по происхождению причисляют к холестериновым желчным камням, и с этим трудно не согласиться, так как основным биохимическим субстратом в них является холестерин. Однако проведенные нами кристаллохимические исследования конкрементов в совокупности с анализом клинических данных позволяют высказать предположение, что механизмы формирования холатохолестериновых конкрементов, в отличие от чисто холестериновых камней, имеют определенную специфичность. Вероятно, формирование холатохолестериновых конкрементов происходит в



Рис. 2. Микрофотограмма тонкослойного шлифа холатохолестеринового желчного конкремента 10×

желчном пузыре из холатохолестеринового геля. Литогенный характер желчь приобретает вследствие дисхолатобилии при изменениях в ней соотношения холестерин—холаты, но не за счет увеличения холестерина, а за счет снижения синтеза первичных желчных кислот. Известно, что наиболее часто угнетение синтеза первичных желчных кислот печенью происходит в результате нарушения гормональной регуляции холестериногенеза при состояниях, сопровождающихся повышением уровня стероидных гормонов в организме. В наших исследованиях таким фактором являлась беременность.

Краткая клиническая характеристика группы больных с холатохолестериновыми желчными конкрементами

Из 32 пациенток у 16 холелитиаз проявил себя во время беременности, чаще в ее конечные сроки и в связи с развившимися осложнениями заболевания послужил поводом для экстренной операции у 3 из них, у 2 женщин упорные приступы холецистита спровоцировали поздний выкидыш. Еще у 16 больных клиника ЖКБ появилась в ближайшие месяцы после родов. Во всех наблюдениях конкременты у больных были множественные, однородные по виду и размеру в отдельной популяции. Камни, извлеченные из желчных протоков, имели идентичную структуру с конкрементами, локализованными в желчном пузыре. Практически во всех наблюдениях, когда больные оперировались в послеродовом периоде, а в ряде случаев и во время беременности, с коротким сроком заболевания, размеры желчных конкрементов не превышали 3-5 мм в диаметре. Этим обстоятельством объясняется и относительно большая частота в анамнезе (у 20 пациенток данной группы больных) транзиторных желтух на фоне болевого приступа при миграции конкрементов в холедох. У 30 больных, при сравнительно коротких сроках развития заболевания, отмечались частые обострения с выраженным болевым синдромом. Осложненные формы заболевания наблюдались у 16, из них холедохолитиаз выявлен у 6 больных. У 18 больных данной группы ЖКБ страдали ближайшие родственники.

Заключение

Таким образом, данные клинических исследований позволяют нам прийти к следующим выводам:

1. Связывают появление клинических симптомов заболевания с беременностью и ранним послеродовым периодом 34% молодых женщин, страдающих ЖКБ.

2. У женщин с поздними сроками беременности ЖКБ выявляется в 5 раз чаще, чем у не беременных аналогичного возраста, и наблюдается среди беременных у 10% женщин.

3. У 14% беременных женщин отмечаются выраженные нарушения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря (по типу атонии).

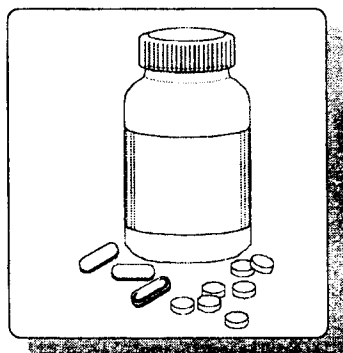
4. У 71% молодых женщин, связывающих возникновение ЖКБ с беременностью, наблюдаются холатохолестериновые желчные конкременты (соли желчных кислот составляют 20-30% массы камня). Присутствие холатов в структуре конкрементов свидетельствует о нарушении холестериногенеза и дисхолатаболии.

5. По нашим данным, частота холецистэктомий, произведенных на фоне беременности у женщин в возрасте до 35 лет, составляет 5%. На основании опыта хирургического лечения осложненного калькулезного холецистита у молодых женщин с различными сроками беременности (12 наблюдений) полагаем, что тактика при остром каль-

кулезном холецистите с наличием беременности у женщин должна быть максимально консервативной (в разумно допустимых пределах); оперативное вмешательство целесообразно выполнять в 3 триместре беременности.

Л и т е р а т у р а

1. Бурков С.Г. Беременность и здоровье. М., 2000.
2. Игнатова Т.М. // Акушерство и гинекология. 2002. №6. С. 62-64.
3. Колпаков Н.А. Этиопатогенез, диагностика и хирургическое лечение ЖКБ у больных молодого возраста: Автореф. ... канд. мед. наук. СПб., 1993. 18 с.
4. Петухов В.А., Кузнецов М.Р. и др. // Анналы хирургии. 1998. №2. С. 14-20.
5. Положенкова Л.А., Козина О.В., Ляшко Е.С. // Акушерство и гинекология. 2004. №1. С. 57-59.
6. Савельев В.С., Петухов В.А., Болдин Б.В. и др. // Анналы хирургии. 2000. №1. С. 33-39, 45-48.
7. Торчинов А.М., Хашукоева А.З., Петухов В.А. и др. // Акушерство и гинекология. 2000. №6. С. 14-17.
8. Brites D., Rodrigues C. // J. Hepatol. 1998. Vol. 29. P. 743-751.
9. Palma J., Rejes H. et al. // J. Hepatol. 1997. Vol. 4. P. 1022-1028.



УДК 616.233 - 002 - 08

Н.С. Журавская, О.В. Шакирова, Т.П. Новгородцева

ЛИПОКОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

*НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения,
Владивостокский филиал Государственного учреждения
"Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания
СО РАМН", г. Владивосток*

Механизмы развития заболеваний органов дыхания, обусловленные нарушением их липидного метаболизма, являются перспективной областью изучения в целях разработки патогенетически ориентированной профилактики [5, 7, 12]. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств рекомендует применение с этой целью ги-

полипидемических препаратов — статинов. Но их постоянное применение может быть затруднено из-за достаточно высокой стоимости и высокого риска развития побочных эффектов, поэтому для успешного восстановительного лечения больных хроническим бронхитом (ХБ) необходим поиск возможности применения немедикаментозных методов [1, 9].